

**Соглашение № 1/2025**  
об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному  
медицинскому страхованию

от 30.01.2025 года

г. Петропавловск-Камчатский

**Оглавление**

1. Общие положения.....	5
1.1.....	5
1.2.....	5
1.3.....	5
1.4.....	6
2. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае .....	6
2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:.....	6
2.1.1.....	6
2.1.2.....	7
2.1.3.....	7
2.1.4.....	8
2.1.5.....	9
2.1.5.1.....	10
2.1.6.....	10
2.1.7.....	11
2.1.8.....	11
2.1.9.....	12
2.1.10.....	12
2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара: .....	14
2.2.1.....	17
2.2.2.....	17
2.2.3.....	17
2.2.4.....	18
2.2.5.....	18
2.2.5.2.....	19
2.2.5.3.....	19
2.2.6.....	20
2.2.7.....	21
2.2.8.....	21
2.2.9.....	22

2.2.10.....	22
2.2.11.....	23
2.2.12.....	23
2.2.13.....	24
2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):.....	24
2.4. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию:.....	25
2.4.1.....	25
2.4.2.....	26
2.5 Утвердить Перечень способов оплаты медицинской помощи, используемых при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией в разрезе отдельных условий, видов и форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений, входящих в состав медицинской организации, в соответствии с приложением 1 к настоящему Соглашению.. ..	26
2.6 Установить, что оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, осуществляется по тарифам и способам оплаты, действующим в Камчатском крае на дату завершения случая оказания медицинской помощи.....	26
3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае .....	26
3.1 Установить, что тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае формируются дифференцированно по уровням медицинских организаций, по видам и условиям оказания медицинской помощи.. ..	26
3.2. ....	26
3.2.1.....	27
3.3.....	27
3.3.1.....	28
3.3.2.....	28
3.3.4.....	31
3.3.5.....	32
3.4 В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению: .....	36
3.4.1.....	37
3.4.2.....	37
3.4.2.1.....	38
3.4.2.2.....	38
3.4.2.3.....	38
3.4.2.4.....	39
3.4.2.5.....	39
3.4.3.....	39
3.4.4.....	40
3.4.5.....	41

3.4.5.1.....	41
3.4.5.2.....	41
3.4.5.3.....	41
3.4.6.....	42
3.4.7.....	42
3.5 В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению: .....	44
3.5.1.....	45
3.5.2.....	45
3.5.3.....	46
3.5.4.....	46
3.5.4.1.....	46
3.5.4.2.....	46
3.5.4.3.....	46
3.5.4.4.....	46
3.5.4.5.....	46
3.5.5.....	47
3.5.6.....	48
3.5.7.....	48
3.6 В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 4.1 к настоящему Соглашению: .....	48
3.6.1.....	48
3.6.1.1.....	49
3.6.2.....	49
3.6.3.....	49
3.6.4.....	49
3.7 В целях оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 5.1 к настоящему Соглашению: .....	49
3.7.1.....	50
3.7.2.....	50
3.7.3.....	50
3.8 В целях оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) утвердить в соответствии с приложением 6.1 к настоящему Соглашению:.....	50
3.8.1.....	50
3.8.2.....	50
3.8.3.....	51
4. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества .....	51
4.1.....	51

4.2.....	51
4.2.1.....	51
4.2.2.....	52
4.2.2.1.....	53
4.2.2.2.....	53
4.2.2.3.....	53
4.2.2.4.....	53
4.2.2.5.....	53
4.3.....	54
4.4.....	54
5. Заключительные положения.....	55
5.1.....	55
5.2.....	55
5.3.....	55
5.4.....	55
5.5.....	56

## 1. Общие положения

1.1. В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифы на оплату медицинской помощи являются предметом соглашения между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии № 323-ФЗ, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Министерство здравоохранения Камчатского края в лице временно исполняющего обязанности Министра Мельникова Олега Сергеевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края в лице директора Александрович Натальи Николаевны,

Камчатский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Кильдау Анастасии Анатольевны,

НП «Камчатская медицинская ассоциация» в лице главного врача ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская больница №1» Вайнес Ирины Николаевны,

Камчатская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя, первого заместителя Председателя Федерации профсоюзов Камчатки Покришук Ларисы Ивановны

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в целях реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края, утвержденной постановлением Правительства Камчатского края от 28.12.2024 № 691-П «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Территориальная программа), в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Законом Камчатского края от 06.12.2024 № 425 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» заключили настоящее Соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Соглашение).

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае (раздел 2 настоящего Соглашения) на 2025 год, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае (раздел 3 настоящего Соглашения) на 2025 год,

размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (раздел 4 настоящего Соглашения) на 2025 год.

1.3. Настоящее Соглашение составлено с учетом Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае (за исключением медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с частью 11 статьи 5 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), производится по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, по способам оплаты, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования в Камчатском крае на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, и по тарифам, установленным настоящим Соглашением.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае**

В соответствии с Территориальной программой применяются следующие способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

### **2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

2.1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки

репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

2.1.2. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

ж) медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

з) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

и) посещений центров здоровья.

2.1.3. По нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации. Данный способ оплаты используется при оплате медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, при условии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому

населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н;

2.1.4. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с иными целями, а также в связи с оказанием неотложной помощи единицей объема является посещение.

К посещениям с иными целями относятся:

- посещения по поводу осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний), врачебный осмотр для выдачи справки (за исключением справки о болезни);
- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, обходы врачей инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний;
- профилактический осмотр при оказании стоматологической помощи, не предусмотренный в составе комплексного посещения;
- разовые посещения в связи с заболеванием, консультативные посещения;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- случаи, когда при оказании амбулаторной помощи по поводу заболевания пациент не явился на повторный прием;
- разовое посещение в течение месяца к врачу-педиатру при осуществлении катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией при условии отсутствия необходимости в осмотрах врачами-специалистами;
- посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов, другими причинами;
- телемедицинская консультация пациента.

Телемедицинская консультация пациента учитывается как 1 посещение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи медицинской организацией, организовавшей консультацию, с обязательным соблюдением требований, установленных частью 2.1.7 настоящего Соглашения, и подлежит оплате только при условии оформления в установленном порядке первичной медицинской документации, а также Протокола телемедицинской консультации консультирующим специалистом. В случае, если в ходе проведения телемедицинской консультации пациент направлен на дообследование, с указанием необходимости проведения повторной консультации, оплате подлежит только 1 посещение (окончательное) с применением телемедицинских технологий, в ходе которого пациенту даны рекомендации по поводу заболевания.

Медицинская организация, оформившая направление на телемедицинскую консультацию пациента, не учитывает проведенную в телемедицинском пункте консультацию как посещение и не предъявляет её к оплате в страховые медицинские организации и в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края.

При проведении телемедицинской консультации пациента, предъявляемой к оплате как посещение, не допускается пересечение сроков проведения телемедицинской консультации и сроков оказания медицинской помощи в условиях

круглосуточного и дневного стационаров в медицинской организации, направившей на консультацию. Осмотры специалистов, необходимые для диагностики и лечения заболевания в условиях круглосуточного и дневного стационара в соответствии с утвержденными протоколами и стандартами уже включены в тариф законченного случая.

В рамках первичной медико-санитарной помощи предусмотрены объемы и финансовое обеспечение проведения медицинской реабилитации (третий этап), которые измеряются комплексными посещениями и включают набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации. Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Медицинскими организациями, перечень которых установлен Министерством здравоохранения Камчатского края, допускается оказание медицинской реабилитации гражданам на дому, в том числе с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

2.1.5. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболевания единицей объема является обращение.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (за исключением стоматологической помощи) (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Обращение по поводу заболевания включает в себя сумму всех посещений к соответствующему врачу (среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) по поводу одного заболевания, в том числе:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;
- посещения для лечения;
- посещения больными для проведения врачебного осмотра в связи открытием и закрытием листка нетрудоспособности, получением справки о болезни ребенка, направлением на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям;
- посещения в связи с проведением диализа в порядке, определенном частью 2.1.9;
- посещение в приемно-смотровом фильтр-боксе детской поликлиники (отделения) к врачу-педиатру либо врачу-инфекционисту для осмотра, установления диагноза, решения вопроса о дальнейшем лечении, с последующими

повторными посещениями к врачу-педиатру (врачу-педиатру участковому) по участковому принципу;

- все посещения в течение одного месяца к врачу-педиатру и врачам-специалистам при осуществлении катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией (комплексная услуга). Все посещения учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям;

- все посещения в рамках одного повода обращения в случае, когда врач при проведении осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту другого профиля в пределах одной медицинской организации для установки диагноза. Посещение у врача, проводившего осмотр, и посещение у консультирующего специалиста учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям;

- все посещения в рамках одного повода обращения при оформлении направления на плановую госпитализацию, направления на МСЭ, при оформлении санаторно-курортной карты, при оформлении медицинской карты ребенка, медицинской справки в организации отдыха детей и их оздоровления, включая посещения к врачу-педиатру участковому, врачу-терапевту участковому, а также посещения к врачам-специалистам, осмотры которых являются обязательными для оформления направления на плановую госпитализацию. Все посещения учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям.

2.1.5.1. При оказании медицинской помощи по поводу заболевания в амбулаторных условиях с обоснованным сроком лечения свыше 30 дней завершением повода обращения по заболеванию в целях оплаты медицинской помощи считать:

- пройденный курс лечения по одной специальности у одного специалиста;
- пройденный курс лекарственной терапии;
- лечение в течение месяца с кратностью посещений не менее 2.

2.1.6. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицами объема являются:

- посещение с иными целями при проведении профилактического осмотра, не предусмотренного в составе комплексного посещения;
- посещение в связи с оказанием неотложной помощи;
- обращение по поводу заболевания.

При этом, стоимость обращения по поводу заболевания корректируется с учетом фактически выполненных комплексных услуг, входящих в обращение по поводу заболевания.

При оказании стоматологической помощи по поводу заболевания в амбулаторных условиях необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

В целях оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования формируется обращение по поводу заболевания в стоматологии, которое включает в себя все посещения по поводу заболевания по одной медицинской специальности, включая посещения смотрового кабинета (при наличии), до момента пока повод обращения не завершен.

Завершением повода обращения считать:

- пройденный курс лечения по одной специальности у одного специалиста до состояния выздоровления (санации);
- неявка пациента;
- отказ пациента от дальнейшего прохождения курса лечения.

В случае, если при оказании стоматологической помощи по заболеванию выполнено лечение у специалистов разных профилей, посещение смотрового кабинета и объем оказанной в нём медицинской помощи включается в стоимость обращения только по одной специальности с указанием соответствующих сведений о выполненных услугах.

2.1.7. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях независимо от цели посещения запись о врачебном осмотре пациента является обязательной. Врачебный осмотр должен быть зафиксирован в амбулаторной медицинской карте с описанием осмотра пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Посещения с иными целями, а также посещения в составе обращения по заболеванию, которые проведены в течение одного дня по одной врачебной специальности, подлежат учету и оплате только один раз: либо как 1 посещение с иной целью, либо как посещение в составе 1 обращения по заболеванию.

Не подлежат оплате и учету как посещения врачей: обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.; консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями; осмотр заведующим отделением.

Осмотр пациента заведующим отделением и (или) заместителем главного врача по медицинской части учитывается как врачебное посещение только в тех случаях, когда он проводит самостоятельный врачебный прием с последующей его записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи).

Посещения по поводу врачебных осмотров для выдачи справки (за исключением справки о болезни) в случае оформления справки в другой день в связи с ожиданием данных лабораторных исследований, назначенных пациенту в день посещения, учитываются и подлежат оплате как одно посещение.

2.1.8. Медицинские организации ведут отдельный учет комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, для диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, посещений с иными целями, в связи с оказанием неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний, а также отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной

томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), осуществляемых по назначению врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

2.1.9. При оказании медицинской помощи по заболеванию в амбулаторных условиях с применением методов диализа единицами объёма являются обращение и услуга диализа (сеанс гемодиализа, день обмена при проведении перитонеального диализа). Оплата производится в пределах согласованных объёмов исходя из стоимости услуг диализа и их фактического выполненного количества в течение одного месяца. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС) с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов», в части установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты диализного больного в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме процедур диализа на основе порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. Отсутствие в медицинской карте соответствующей записи о проведенном диализе служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Подушевой норматив финансирования не включает в себя средства на оплату услуг диализа.

2.1.10. Оплата медицинской помощи, оказываемой врачами отделений (кабинетов) организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, осуществляется в общем порядке, установленном для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Сведения обо всех случаях оказания медицинской помощи в образовательном учреждении, должны быть подтверждены записями в медицинской документации

по форме № 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов».

Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента, выполненную услугу служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

В целях формирования реестров счетов на оплату оказанной в образовательных учреждениях медицинской помощи вместо Талона пациента заполняется журнал учета оказанной медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

2.1.11. При проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, единицей объема является комплексное посещение.

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации включает комплексные посещения в рамках первого этапа диспансеризации. Объем медицинской помощи второго этапа диспансеризации включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения включает диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

В связи с тем, что Территориальной программой ОМС установлен способ оплаты «за единицу объема» только в отношении диспансерного наблюдения взрослого населения, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (далее – организации социального обслуживания), стоимость медицинской помощи (комплексных посещений) в рамках диспансерного наблюдения детей, не проживающих в организациях социального обслуживания, включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

Комплексное посещение по поводу диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения включает в себя осмотр и консультацию врача, а также комплекс необходимых исследований. Дополнительно к стоимости посещения по поводу диспансерного наблюдения оплачиваются: проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала.

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения распространяется на онкологических пациентов после завершения лечения, исключая контингент лиц, получающих консультативные и диагностические услуги:

- при подозрении на онкологическое заболевание;
- с подтвержденным диагнозом, находящихся на этапе обследования, получающих лечение и обследующихся в рамках межкурсового лечения при проведении противоопухолевой лекарственной терапии (далее - ПЛТ) или в рамках комплексного лечения после завершения хирургического или лучевого этапа лечения и начала ПЛТ;
- пациентов с паллиативным статусом.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения взрослого населения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Территориальный норматив комплексных посещений в центрах здоровья распространяется на:

- комплексные обследования впервые обратившихся граждан в отчетном году;
- динамическое наблюдение обратившихся граждан в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

**2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных**

**медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара:**

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

а) за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

б) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 11.2 к Соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний;

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

а) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с

выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 11.2 к Соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется в случаях (основаниях):

1. в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. в случаях прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. в случаях изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. в случаях перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. в случаях прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. в случаях лечения, закончившихся смертью пациента (летальным исходом);
7. в случаях оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. при законченных случаях лечения (не являющихся прерванными по основаниям 1–7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении 11.2 настоящего Соглашения;
9. при медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027, а также в случае лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных дополнительным классификационным критерием для соответствующего законченного случая.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного

заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое (основание прерванности 2) не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2–10 части 2.2.8 настоящего Соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2–4.

В Приложении 11.2 настоящего Соглашения приведен перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно.

Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным Приложением 3.1 к настоящему Соглашению, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

1) заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

2) услуг диализа, оплата которых предусмотрена в форме составного компонента оплаты, применяемого дополнительно к оплате по КСГ, группе высокотехнологичной медицинской помощи в рамках одного случая госпитализации.

2.2.1. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10 (далее – МКБ-10), модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС.

2.2.2. Для больных круглосуточного стационара день поступления и день выписки считается за 1 койко-день. Больных, направленных в круглосуточный стационар из дневного и наоборот, считать выписанными и поступившими (в соответствии с приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

2.2.3. Для больных в условиях дневного стационара день поступления и день выписки считаются за 2 дня (в соответствии с приказом Минздрава России

от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

2.2.4. Затраты медицинской организации по лечению больных, госпитализированных в плановом порядке, возмещаются страховой медицинской организацией только при наличии направления врача амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС. Направление на госпитализацию заполняется по форме 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» с обязательной регистрацией в журнале направлений на стационарное лечение, в том числе в электронном виде в медицинской информационной системе.

При оформлении направления на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и на медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара в направлении в обязательном порядке указываются:

- 1) оценка пациента по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ);
- 2) перспектива восстановления функций (реабилитационный потенциал) пациента;
- 3) цели проведения реабилитационных мероприятий, на которые направляется пациент.

2.2.5. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- 1) диагноз (код по МКБ-10);
- 2) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- 3) схема лекарственной терапии;
- 4) международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;
- 5) возрастная категория пациента;
- 6) сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- 7) оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- 8) длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- 9) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- 10) пол;

- 11) длительность лечения;
- 12) этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- 13) показания к применению лекарственного препарата;
- 14) объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- 15) степень тяжести заболевания;
- 16) сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

2.2.5.1. При оказании медицинской помощи пациентам с установленным диагнозом злокачественного новообразования в медицинских организациях, не оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «Онкология» или «Детская онкология», по поводу патологии, не входящей в группу «Злокачественные новообразования» МКБ-10, а также не относящейся к онкологическим хирургическим группам, оплата осуществляется с учетом следующих особенностей:

1) «основным» заболеванием считают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (т.е. основным является диагноз, не относящийся к группе «Злокачественные новообразования», даже в тех случаях, когда лечение проводилось по поводу осложнения онкологических заболеваний);

2) оплата осуществляется по КСГ, сформированной исходя из кода основного диагноза, либо исходя из кода Номенклатуры, являющегося основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

2.2.5.2. При формировании реестра счета в части оказанной стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара допускается указание кодов только тех услуг, которые являются основным классификационным критерием для КСГ, предъявленной к оплате, в соответствии с настоящим Соглашением. При этом, медицинскими организациями при формировании реестров должен быть обеспечен учет всех медицинских услуг и классификационных критериев, используемых в расшифровке групп.

Дополнительно заполняются сведения:

– об оказанных услугах диализа в порядке, установленном настоящим Соглашением;

– о проведенных хирургических операциях в случаях предъявления к оплате по КСГ, сформированной по диагнозу, в связи с более низкой затратоемкостью КСГ, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, по сравнению с затратоемкостью КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

2.2.5.3. В ряде случаев, если пациенту при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость

группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу.

Утвердить перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, в соответствии с приложением 11.1.

В дневном стационаре возможность выбора между группами, сформированными по диагнозу или услуге, отсутствует. Если оказывалась услуга, являющаяся классификационным критерием, то оплата осуществляется по КСГ, сформированной по услуге.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости.

2.2.6. Настоящим Соглашением утвержден перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Территориальной программой ОМС) по КСГ, перечисленным в Приложении 11.2, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Утвердить перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в соответствии с Приложением 11.2.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) и при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) и при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.7. Оплата законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара производится в соответствии с диагнозом основного заболевания без учета мероприятий, выполненных в плановом порядке по поводу сопутствующего заболевания.

2.2.8. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)*);

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления

медицинской помощи матери;

- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

2.2.9. Оплата за оказанную медицинскую помощь в дневных стационарах в субботу и воскресенье производится только при наличии приказа по медицинскому учреждению, определяющему режим работы данных подразделений в выходные дни.

2.2.10. В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара либо в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до 24 часов и при условии непроведения в указанный период времени хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, единицей объема является посещение.

Для оплаты медицинской помощи применяется соответствующий тариф посещения по неотложной медицинской помощи. Стоимость указанной медицинской помощи учитывается в общей стоимости неотложной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией.

В случае проведения в течение указанных 24 часов пребывания пациента в круглосуточном стационаре хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии оплата осуществляется по стоимости КСГ круглосуточного стационара. Случай учитывается как прерванный случай стационарной помощи.

2.2.11. Не допускается пересечение сроков оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и сроков амбулаторно-поликлинического лечения. Осмотры специалистов, необходимые для диагностики и лечения заболевания в соответствии с утвержденными протоколами и стандартами уже включены в тариф законченного случая.

2.2.12. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, стоимость услуг диализа, с учетом их фактически выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

В случае проведения процедур диализа пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения диализа (далее – МО-заказчик), оплата страховыми медицинскими организациями проведенных услуг диализа осуществляется на основании предъявленного на оплату медицинскими организациями-исполнителями (далее – МО-исполнитель) отдельного счета и реестра счета за счет уменьшения объема финансирования МО-заказчика после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета на оплату услуг диализа.

При этом счет и реестр счета направляемый на оплату МО-заказчиком включает случай оказания медицинской помощи в соответствии с КСГ, сформированной исходя из классификационных критериев по лечению основного заболевания, с учетом стоимости фактически выполненного количества услуг диализа.

Оплата услуг диализа в случае их проведения гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, находящимся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения диализа, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

Учитывая установленный Территориальной программой ОМС способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, – «за случай (законченный случай) лечения заболевания», пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг диализа в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

В стационарных условиях к законченному случаю отнесено лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за

счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

При проведении лекарственной терапии в связи с лечением и профилактикой осложнений диализа (эритропоз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики и др.) оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ». При этом стоимость услуги диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения.

2.2.13. Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.031 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.019 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31 июля 2020 № 788н. При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной Министерством здравоохранения Камчатского края. При оценке 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе

**скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):**

- 1) по подушевому нормативу финансирования;
- 2) за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

**2.4. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию:**

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

2.4.1. При использовании указанного способа оплаты оплата компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансерного наблюдения, а также финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется способами, указанными в частях 2.1.2 и 2.1.3 настоящего Соглашения.

2.4.2. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

2.5. Утвердить Перечень способов оплаты медицинской помощи, используемых при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией в разрезе отдельных условий, видов и форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений, входящих в состав медицинской организации, в соответствии с приложением 1 к настоящему Соглашению.

2.6. Установить, что оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, осуществляется по тарифам и способам оплаты, действующим в Камчатском крае на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

### **3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае**

3.1. Установить, что тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае формируются дифференцированно по уровням медицинских организаций, по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.1.1. Установить, что для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы Камчатского края, при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан в Камчатском крае, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона, другого субъекта Российской Федерации для данной медицинской организации.

3.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих

материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленные для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

3.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС обеспечивают выполнение в 2025 году целевых значений соотношения заработной платы отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» к среднемесячной начисленной заработной плате работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) по Камчатскому краю (с учетом всех источников, образующих фонд оплаты труда в медицинском учреждении).

3.3. В целях выполнения стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания, утвердить тарифы на отдельные диагностические услуги, подлежащие оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, в соответствии с приложением 7 к настоящему Соглашению в пределах объемов соответствующих

диагностических услуг, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае.

3.3.1. Установить, что оплата страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом диагностических исследований в соответствии с приложением 7 осуществляется при наличии направления врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний. При этом, направление должно быть оформлено врачом медицинской организации, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС.

Проведение экспертного ультразвукового исследования на базе межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики внутриутробных нарушений развития ребенка осуществляется в соответствии с Порядком организации пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка на ранних сроках беременности у беременных женщин в Камчатском крае, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Камчатского края.

3.3.2. Установить, что тариф на патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала устанавливается на исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения (обращения, госпитализации) по поводу одного заболевания, и включает все этапы и дополнительные методы исследования, назначенные врачом-патологоанатомом, за исключением иммуногистохимических тестов (PDL1, ALK, HER2) и молекулярно-генетических исследований. Иммуногистохимические тесты (PDL1, ALK, HER2) и молекулярно-генетические исследования оплачиваются отдельно.

Установить, что тариф на 1 молекулярно-генетическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний устанавливается на комплексное исследование одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала с постановкой всех необходимых тестов для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, и включает расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

3.3.3. Установить тарифы за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу) на лабораторные и иные диагностические исследования, проведенные централизованно на базе медицинских организаций, которым решением Комиссии установлены соответствующие объемы исследований (далее – централизованные лаборатории, ЦКДЛ), при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края по направлениям медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на текущий год, и работающих на территории Камчатского края, в соответствии с приложением 8 к настоящему Соглашению.

Установить, что оплата лабораторных и иных диагностических исследований, проведенных на базе централизованных лабораторий, осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных исследований.

Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных и иных диагностических исследований, проведенных на базе централизованных лабораторий, осуществляется после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета на оплату исследований, проведенных централизованной лабораторией.

Реестр счета централизованной лаборатории на оплату проведенных лабораторных и иных диагностических исследований принимается территориальным фондом на медико-экономический контроль только при соблюдении следующих условий:

1) подписанные акты сверки между каждой медицинской организацией, направившей на лабораторные и иные диагностические исследования (далее – МО-фондодержатель), и централизованной лабораторией направляются соответствующей централизованной лабораторией в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края и в страховую медицинскую организацию одновременно со счетом и реестром счета, прошедшими форматно-логический контроль;

2) общая сумма в реестре счета централизованной лаборатории соответствует итоговой сумме подписанных актов сверки между централизованной лабораторией и всеми МО-фондодержателями.

Страховая медицинская организация после получения результатов медико-экономического контроля осуществляет проверку актов сверки между соответствующей централизованной лабораторией и всеми МО-фондодержателями и выборку по кодам цели проведенных лабораторных и иных диагностических исследований в разрезе МО-фондодержателей (Классификатор целей посещения T025 (одно из значений 5.1-5.4)) в целях последующей оплаты.

Оплата страховой медицинской организацией лабораторных и иных диагностических исследований осуществляется за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на лабораторные и иные диагностические исследования, по тому условию оказания медицинской помощи, в рамках которого оформлено направление на лабораторное исследование:

- по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (в части обращений по заболеванию) гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включающему оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи (в части соответствующих условий оказания медицинской помощи) гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце;

- амбулаторной медицинской помощи в части обращений по заболеванию и комплексных посещений (в рамках профилактических осмотров и диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации);
- стационарной медицинской помощи;
- медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены направления МО-фондодержателем, и сверки объемов проведенных лабораторных и иных диагностических исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета централизованных лабораторий до устранения разногласий с МО-фондодержателем.

Установить, что централизованные лаборатории направляют в течение 2 рабочих дней в МО-фондодержатели акты сверки произведенных лабораторных и иных диагностических исследований по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным. Акт сверки произведенных лабораторных и иных диагностических исследований формируется централизованной лабораторией в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки произведенных лабораторных и иных диагностических исследований являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления МО-фондодержателями, с указанием объемов проведенных лабораторных и иных диагностических исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в соответствии с требованиями, установленными приложением к «Правилам применения тарифов при формировании счетов реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае»).

МО-фондодержатели подписывают акты сверки произведенных лабораторных и иных диагностических исследований усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде в централизованную лабораторию в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

Оплата централизованным лабораториям лабораторных и иных диагностических исследований, проведенных в отношении застрахованных в Камчатском крае по обязательному медицинскому страхованию граждан по направлениям медицинских организаций, не имеющих технической возможности организации электронного взаимодействия с централизованными лабораториями (Камчатская больница ФГБУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Камчатскому краю»), может осуществляться в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам только при условии проведения расчетов по тарифам, установленным приложением 8 к настоящему Соглашению.

Оплата лабораторных и иных диагностических исследований, проведенных централизованными лабораториями, по направлениям медицинских организаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, а также отклоненных от оплаты по результатам медико-экономического контроля без возможности последующей доработки в установленном порядке, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.4. Учитывая, что в стоимости КСГ в рамках оказанной медицинской помощи **в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** уже учтено проведение диагностических исследований, установить с 01.01.2025 года следующий порядок расчетов за проведенные исследования:

в случаях, когда диагностические исследования, содержащиеся в перечне приложения 7 к настоящему Соглашению, проводятся медицинскими организациями-исполнителями (далее – МО-исполнители) по направлениям от медицинских организаций-заказчиков (далее – МО-фондодержателей), осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при оказании медицинской помощи **в стационарных условиях и в условиях дневного стационара лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края**, оплата диагностических исследований осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета МО-исполнителя в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных диагностических исследований по тарифам, установленным приложением 7 к настоящему Соглашению.

Оплата страховой медицинской организацией диагностических услуг осуществляется после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета на оплату исследований, проведенных МО-исполнителем.

Реестр счета МО-исполнителя на оплату оказанных диагностических услуг принимается территориальным фондом на медико-экономический контроль только при соблюдении следующих условий:

подписанные акты сверки между каждой МО-фондодержателем и МО-исполнителем направляются МО-исполнителем в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края и в страховую медицинскую организацию одновременно со счетом и реестром счета, прошедшими форматно-логический контроль;

общая сумма в реестре счета МО-исполнителя соответствует итоговой сумме подписанных актов сверки между МО-исполнителем и всеми МО-фондодержателями.

Страховая медицинская организация после получения результатов медико-экономического контроля осуществляет проверку актов сверки между соответствующей МО-исполнителем и всеми МО-фондодержателями и выборку по кодам цели проведенных лабораторных исследований в разрезе МО-фондодержателей (Классификатор целей посещения Т025 (одно из значений 5.2, 5.3)) в целях последующей оплаты.

Оплата страховой медицинской организацией диагностических услуг за пациентов, находящихся на стационарном лечении или на лечении в условиях дневного стационара осуществляется за счет уменьшения объема финансирования МО-фондодержателя по тому условию оказания медицинской помощи, в рамках которого оформлено направление на исследование:

- стационарной медицинской помощи;
- медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены направления МО-фондодержателем, и сверки объемов проведенных диагностических исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета МО-исполнителя до устранения разногласий с МО-фондодержателем.

Установить, что МО-исполнители направляют в течение 2 рабочих дней в МО-фондодержатели акты сверки произведенных диагностических исследований по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным, по установленной форме. Акт сверки произведенных исследований формируется МО-исполнителем в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки произведенных исследований являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления МО-фондодержателями, с указанием объемов проведенных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в соответствии с требованиями, установленными приложением 1 к «Правилам применения тарифов при формировании счетов реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае»).

МО-фондодержатели подписывают акты сверки проведенных диагностических исследований усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде МО-исполнителю в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным. Подписанные между МО-фондодержателем и МО-исполнителем акты сверки произведенных лабораторных исследований направляются МО-исполнителем в страховую медицинскую организацию не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным.

Оплата отдельных диагностических исследований в рамках оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара по направлениям медицинских организаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, а также отклоненных от оплаты по результатам медико-экономического контроля без возможности последующей доработки в установленном порядке, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.5. При проведении телемедицинских врачебных консультаций (консультирование врачей, фельдшеров ФАПов, пациентов) в плановом режиме на территории Камчатского края в порядке, в случае проведения указанной

консультации в период оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара в медицинской организации, оформившей направление на телемедицинскую консультацию:

услуга «Телемедицинская консультация врача-специалиста», оказанная на территории Камчатского края медицинской организацией, имеющей телемедицинский центр для проведения профильных медицинских консультаций (далее – МО-исполнитель), включается в реестр счета и счет на оплату оказанной медицинской помощи МО-исполнителя, предъявляемый в страховые медицинские организации, с указанием кода услуги В01.099.001.

Установить тариф за услугу по коду В01.099.001 «Телемедицинская консультация врача-специалиста» в размере 921 рубль.

Оплата страховыми медицинскими организациями услуги «Телемедицинская консультация врача-специалиста» осуществляется на основании предъявленного на оплату МО-исполнителем отдельного счета и реестра счета за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации-фондодержателя (медицинской организации, оформившей заявку на телемедицинскую консультацию) по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи.

Оплата телемедицинских консультаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.6. Установить, что расходы на проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу, в указанных медицинских организациях осуществляется в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

Установить тарифы для оплаты патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, расположенных на территории Камчатского края, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение:

- 1) А08.30.019.002 «Патолого-анатомическое вскрытие первой категории сложности» – 23 658,51 рублей;
- 2) А08.30.019.003 «Патолого-анатомическое вскрытие второй категории сложности» – 30 472,26 рублей;
- 3) А08.30.019.004 «Патолого-анатомическое вскрытие третьей категории сложности» – 34 849,82 рублей;
- 4) А08.30.019.005 «Патолого-анатомическое вскрытие четвертой категории сложности» – 40 978,40 рублей;
- 5) А08.30.019.006 «Патолого-анатомическое вскрытие пятой категории сложности» – 50 171,27 рублей.

Оплата страховыми медицинскими организациями патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, расположенных на территории Камчатского края, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, осуществляется на основании предъявленного на оплату МО-исполнителем отдельного счета и реестра счета за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации-фондодержателя (медицинской организации, оформившей направление на патолого-анатомическое вскрытие) после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета на оплату проведенных патолого-анатомических вскрытий.

Оплата патолого-анатомических вскрытий пациентов, застрахованных за пределами Камчатского края, умерших в стационаре медицинских организаций, расположенных на территории Камчатского края, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение граждан, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.7. В целях расчетов за отдельные медицинские услуги (за исключением диагностических), проведенные МО-исполнителем, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях МО-фондодержателем лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края, установить тарифы в соответствии с приложением 8.1 к настоящему Соглашению.

В случаях, когда услуги, содержащиеся в перечне приложения 8.1 к настоящему Соглашению, проводятся медицинскими организациями-исполнителями (далее – МО-исполнители) по заявке от медицинских организаций-заказчиков (далее – МО-фондодержателей), осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях **лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края**, оплата соответствующих услуг осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета МО-исполнителя в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных услуг по тарифам, установленным приложением 8.1 к настоящему Соглашению.

Оплата страховой медицинской организацией отдельных услуг осуществляется после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета на оплату услуг, оказанных МО-исполнителем.

Реестр счета МО-исполнителя на оплату отдельных услуг принимается территориальным фондом на медико-экономический контроль только при соблюдении следующих условий:

подписанные акты сверки между каждой МО-фондодержателем и МО-исполнителем направляются МО-исполнителем в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края и в страховую медицинскую организацию одновременно со счетом и реестром счета, прошедшими форматно-логический контроль;

общая сумма в реестре счета МО-исполнителя соответствует итоговой сумме подписанных актов сверки между МО-исполнителем и всеми МО-фондодержателями.

Страховая медицинская организация после получения результатов медико-экономического контроля осуществляет проверку актов сверки между соответствующей МО-исполнителем и всеми МО-фондодержателями и выборку по кодам цели проведенных лабораторных исследований в разрезе МО-фондодержателей (Классификатор целей посещения T025 (одно из значений 5.2, 5.3)) в целях последующей оплаты.

Оплата страховой медицинской организацией отдельных услуг за пациентов, находящихся на стационарном лечении осуществляется за счет уменьшения объема финансирования МО-фондодержателя по стационарной медицинской помощи.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены заявки МО-фондодержателем, и сверки объемов в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета МО-исполнителя до устранения разногласий с МО-фондодержателем.

Установить, что МО-исполнители направляют в течение 2 рабочих дней в МО-фондодержатели акты сверки оказанных услуг по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным, по установленной форме. Акт сверки услуг формируется МО-исполнителем в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены заявки МО-фондодержателями, с указанием объемов в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в соответствии с требованиями, установленными приложением 1 к «Правилам применения тарифов при формировании счетов реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае»).

МО-фондодержатели подписывают акты сверки усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде МО-исполнителю в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным. Подписанные между МО-фондодержателем и МО-исполнителем акты сверки направляются МО-исполнителем в страховую медицинскую организацию не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным.

Оплата отдельных услуг в рамках оказания стационарной медицинской помощи по заявкам медицинских организаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

**3.4. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению:**

- размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на год;
- значение базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на год, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;
- значения коэффициентов специфики оказания амбулаторной медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторной помощи;
- значения коэффициентов дифференциации (КД) по территориям оказания медицинской помощи, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторной помощи;
- значения коэффициента уровня оказания амбулаторной медицинской помощи;
- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной помощи на год.

Утвердить Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, в 2025 году в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

Утвердить Критерии и методику расчета выплат стимулирующего характера при достижении целевых значений показателей результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу, при реализации Территориальной программы ОМС в Камчатском крае в соответствии с приложением 10 к настоящему Соглашению.

3.4.1. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):

Таблица 1

Медицинские организации по территориям оказания медицинской помощи	Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»	Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 3,638 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (КД)
Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района)	3,638	3,628
Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа		3,763
Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района		3,898

3.4.2. Утвердить тарифы за комплексное посещение при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению, тарифы за комплексное посещение в выходные дни при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с приложением 2.6.1.

Утвердить тарифы на исследования и медицинские вмешательства при проведении углубленной диспансеризации застрахованных по ОМС лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) в соответствии с приложением 2.6.2 к настоящему Соглашению.

Утвердить тарифы за комплексное посещение при диспансерном наблюдении в соответствии с приложением 2.4.2.

3.4.2.1. Установить, что стоимость комплексного посещения второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, а также медицинских осмотров несовершеннолетних определяется как суммарная стоимость посещений к соответствующему врачу-специалисту по тарифам в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению и (или) исследований в соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению.

Установить, что стоимость комплексного посещения второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения определяется как суммарная стоимость посещений к соответствующему врачу-специалисту и диагностических исследований по тарифам в соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению.

3.4.2.2. Установить повышающий коэффициент к стоимости комплексного посещения по диспансеризации (профилактическим медицинским осмотрам), а также диагностических исследований, проводимых мобильными медицинскими бригадами, а также с использованием передвижного медицинского комплекса, в размере 1,2. Межучрежденческие расчеты в связи с использованием передвижного медицинского комплекса производятся в соответствии с заключенным договором.

3.4.2.3. В случае, когда медицинская организация, не имеющая лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения отдельных работ (услуг), привлекает для проведения диспансеризации и медицинских осмотров медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности (в части выполнения требуемых работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме) в соответствии с договором, заключенным между указанными медицинскими организациями, предъявление реестра счета и счета к оплате производится в следующем порядке:

а) в случае, когда привлекается врач-специалист для проведения осмотра, медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает осмотр указанного специалиста в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру;

б) в случае, когда заключен договор на лабораторные, инструментальные и иные исследования, медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает указанные исследования в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру.

При этом межучрежденные расчеты осуществляются по тарифам, установленным приложением 2.6 к настоящему Соглашению на соответствующие услуги.

3.4.2.4. В связи с централизацией отдельных исследований (исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественный тест), исследование уровня простатспецифического антигена свободного в крови, цитологические исследования и т.п.) на базе централизованных лабораторий (ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер») страховая медицинская организация осуществляет взаиморасчёты за выполненные исследования путём оплаты стоимости выполненных услуг с учётом сведений, содержащихся в реестрах счетов медицинских организаций о выполненных услугах, с учетом стоимости услуг в реестре счёта ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», на основании актов сверки с приложением поимённых списков пациентов, в отношении которых были оформлены направления на исследования.

3.4.2.5. В связи с централизацией отдельных исследований, проведенных в рамках углубленной диспансеризации, страховая медицинская организация осуществляет расчёты за выполненные исследования путём оплаты стоимости выполненных услуг с учётом:

- сведений, содержащихся в реестрах счетов медицинских организаций, проводивших углубленную диспансеризацию, о выполненных услугах;

- с учетом стоимости услуг в реестре счёта МО-исполнителя отдельной услуги в рамках углубленной диспансеризации на основании актов сверки с приложением поимённых списков пациентов, в отношении которых были оформлены направления на исследования.

3.4.2.6. Оплата централизованным лабораториям отдельных исследований, проведенных в рамках профилактических осмотров, диспансеризации, углубленной диспансеризации в отношении застрахованных в Камчатском крае по обязательному медицинскому страхованию граждан по направлениям медицинских организаций, не имеющих технической возможности организации электронного взаимодействия с централизованными лабораториями (Камчатская больница ФГБУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Камчатскому краю»), может осуществляться в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам только при условии проведения расчетов по тарифам, установленным приложением 8 к настоящему Соглашению.

**3.4.3. Утвердить тариф за 1 посещение с иными целями** (в том числе стоматологической помощи) по специальностям врачей в соответствии с приложением 2.4.

Тариф 1 комплексного посещения с целью проведения обследования в Центрах здоровья ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер», ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 1» устанавливается в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

Посещение с целью проведения комплексного обследования оплачивается за счет средств ОМС по каждому застрахованному гражданину, впервые обратившемуся в центр здоровья, 1 раз в отчетном году.

Оплата посещения в центре здоровья с целью проведения комплексного обследования производится по соответствующему тарифу только при условии оказания всех медицинских услуг, входящих в комплексное обследование.

Оплата посещения в Центре здоровья с целью динамического наблюдения (повторное посещение) производится по тарифам посещения с иной целью по соответствующей специальности в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

Врачебный осмотр в Центре здоровья должен быть зафиксирован в «Карте центра здоровья». Отсутствие в карте записей, отражающих комплексное обследование пациента (при первичном обращении), врачебный осмотр (при повторном обращении), служит основанием для отказа в оплате посещения.

3.4.3.1. Утвердить тарифы на оплату комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в соответствии с приложением 2.4.3.

Установить, что оплата посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования – комплексное посещение.

Медицинская организация ведет персонифицированный учет пациентов, прошедших обучение в школы для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, с указанием ФИО пациента, даты, сроков и количества часов проведенного обучения и контактов пациентов.

Объем медицинской помощи и ее оплата в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется при условии соответствия Правилам организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом» и стандартам оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», утвержденных приказом Минздрава России от 13 марта 2023 г. № 104н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» и приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 908н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология», а также при условии ведения медицинской организацией соответствующей документации, подтверждающей факт оказанной медицинской помощи в школах для больных сахарным диабетом.

**3.4.4. Утвердить тариф за 1 посещение по неотложной медицинской помощи (в том числе стоматологической помощи) в соответствии с приложением 2.4.**

Указанный тариф применяется:

– при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь;

– при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения;

– при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации;

– при оказании медицинской помощи в соответствии с частью 2.2.11 настоящего Соглашения.

### 3.4.5. Утвердить тариф за 1 обращение по поводу заболевания в соответствии с приложением 2.4.

3.4.5.1. Установить, что тариф за 1 обращение по поводу заболевания по специальности «Неврология» (в сочетании с кодом услуги В05.023.003 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с детским церебральным параличом») применяется при проведении медицинской реабилитации в амбулаторных условиях:

- 1) детей в возрасте от 91 дня до 1 года с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (код по МКБ-10 G96.8) с оценкой степени тяжести состояния и стойкости двигательных нарушений по шкале Журбы-Мастюковой (при поступлении, в процессе реабилитации, а также при выписке);
- 2) детей в возрасте от 1 года до 3 лет с минимальной мозговой дисфункцией (код по МКБ-10 G93.8) с оценкой тяжести состояния пациента по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (при поступлении, в процессе реабилитации, а также при выписке);
- 3) пациентов с установленным диагнозом детский церебральный паралич с оценкой тяжести состояния пациента по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (при поступлении, в процессе реабилитации, а также при выписке).

### 3.4.5.2. Оплата обращений по поводу заболевания в стоматологии.

Утвердить классификатор основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) в соответствии с приложением 2.5.

Установить, что стоимость обращения по поводу заболевания определяется как суммарная стоимость выполненных комплексных медицинских услуг, выраженных в УЕТ.

Установить тарифы комплексных медицинских услуг, определяющих стоимость обращения по поводу заболевания, в соответствии с приложением 2.4.1 к настоящему Соглашению.

### 3.4.5.3. Оплата обращений за медицинской помощью с применением методов диализа в амбулаторных условиях

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру (сеанс) гемодиализа, гемодиафильтрации и один день перитонеального диализа.

В целях учета объемов учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур диализа или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов», с учетом установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях).

Утвердить тариф за 1 день обмена при перитонеальном диализе – 4 806 рублей.

Утвердить тариф за 1 процедуру гемодиализа – 6 086 рублей.

Утвердить тариф за 1 процедуру гемодиафильтрации – 6 573 рубля.

**3.4.6. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 2.3 к настоящему Соглашению:**

- размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, на год;
- значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их установленным требованиям;
- годовой размер финансового обеспечения структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

**3.4.7. Оплата медицинской помощи (в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию), оказанной гражданам, не прикрепленным к соответствующей медицинской организации, по направлениям медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на текущий год и работающих на территории Камчатского края, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина, имеющей лицензию на оказание соответствующей медицинской помощи, но не имеющей**

специалиста соответствующего профиля (за исключением случаев плановой консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях по направлениям в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Камчатского края от 12.09.2014 № 774), осуществляется на основании предъявленного к оплате отдельного счета и реестра счета МО-исполнителем в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов.

МО-фондодержатель обязана в рабочем порядке до оформления направлений согласовать с МО-исполнителем перечень врачей-специалистов, предварительные объемы медицинской помощи и время приема пациентов.

Оплата страховой медицинской организацией посещений с иными целями и обращений по заболеванию по направлениям медицинских организаций, выданных по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина, осуществляется на основании предъявленного МО-исполнителем отдельного счета и реестра счета после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета.

Реестр счета МО-исполнителя принимается территориальным фондом на медико-экономический контроль только при соблюдении следующих условий:

1) подписанные акты сверки между каждой МО-фондодержателем и МО-исполнителем направляются МО-исполнителем в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края и в страховую медицинскую организацию одновременно со счетом и реестром счета, прошедшими форматно-логический контроль;

2) общая сумма в реестре счета МО-исполнителя соответствует итоговой сумме подписанных актов сверки между МО-исполнителем и всеми МО-фондодержателями.

Страховая медицинская организация после получения результатов медико-экономического контроля осуществляет проверку актов сверки между соответствующей МО-исполнителем и всеми МО-фондодержателями и выборку по кодам цели оказанной медицинской помощи в разрезе МО-фондодержателей (Классификатор целей посещения Т025 (одно из значений 6.1-6.3)) в целях последующей оплаты.

Оплата страховой медицинской организацией оказанной медицинской помощи в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию осуществляется за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, выдавшей направление:

- по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включающему оплату медицинской помощи по всем

видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены направления медицинской организацией-фондодержателем, и сверки объемов оказанной медицинской помощи в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета МО-исполнителя до устранения разногласий с МО-фондодержателем.

Установить, что МО-исполнитель направляет в течение 2 рабочих дней в МО-фондодержатель акт сверки по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным. Акт сверки формируется МО-исполнителем в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления МО-фондодержателем, с указанием объемов оказанной медицинской помощи в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в соответствии с требованиями, установленными приложением к «Правила применения тарифов при формировании счетов реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае»).

МО-фондодержатели подписывают акты сверки усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде МО-исполнителям в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

Оплата посещений с иными целями и обращений по заболеванию по направлениям медицинских организаций, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией с целью оказания помощи лицам, застрахованным за пределами Камчатского края, и прикрепленным к МО-фондодержателю, осуществляется территориальным фондом в установленном порядке.

**3.5. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению:**

- перечень групп заболеваний, состояний (КСГ), при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи);
- средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи;

- размер базовой ставки законченного случая лечения;
- значения коэффициента относительной затратоемкости оказания стационарной медицинской помощи ( $KЗ_{КСГ}$ ) по перечню групп заболеваний (КСГ);
- значения коэффициента дифференциации (КД) по территориям оказания медицинской помощи;
- значения коэффициента специфики оказания стационарной медицинской помощи ( $КС_{КСГ}$ );
- значения коэффициента подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент ( $КУС_{МО}$ );
- долю заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ;
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.5.1. Установить, что стоимость одного случая госпитализации в стационаре ( $СС_{КСГ}$ ) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС * КД * KЗ_{КСГ} * КС_{КСГ} * КУС_{МО} + БС * КД * КСЛП), \text{ где}$$

- БС - базовая ставка, рублей;
- $KЗ_{КСГ}$  - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $КС_{КСГ}$  - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $КУС_{МО}$  - коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД - коэффициент дифференциации;
- КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

\* - КД не применяется для  $КСЛП_{сопроводКС}$  (равно единице).

3.5.2. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС * KЗ_{КСГ} * ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} * КС_{КСГ} * КУС_{МО} * КД) + БС * КД * КСЛП,$$

где

$Д_{ЗП}$  - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, к которой применяется КД и ПК;

\* - КД не применяется для  $КСЛП_{сопроводКС}$  (равно единице).

3.5.3. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД) в соответствии с таблицей 1 части 3.4.1 настоящего Соглашения.

3.5.4. Утвердить региональный перечень применяемых коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) при оплате медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению.

Установить, что для случаев, не указанных в приложении 3.3 к настоящему Соглашению, значение КСЛП соответствует 0.

3.5.4.1. Установить перечень однотипных операций, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП<sub>пар</sub>, в соответствии с приложением 3.3.1 к настоящему Соглашению.

3.5.4.2. Установить перечень сочетанных (симультаных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, при которых применяется КСЛП<sub>сочетан</sub>, в соответствии с приложением 3.3.2 к настоящему Соглашению.

3.5.4.3. Установить, что для применения КСЛП<sub>геронтолог</sub> необходимо выполнение следующих условий:

1. Возраст пациента 75 лет и старше;
2. Случай не относится к КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»;
3. Лечение не осуществляется на геронтологической профильной койке;
4. Проведена консультация врача-гериатра (в реестре указан код услуги В01.007.003).

3.5.4.4. Установить, что в случаях лечения пациентов в стационарных условиях для применения КСЛП<sub>сз</sub> к сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний относятся:

- Сахарный диабет типа 1 и 2;
- Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний в соответствии с приложением 3.3.4 к настоящему Соглашению;
- Рассеянный склероз (G35);
- Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1);
- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
- Детский церебральный паралич (G80);
- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);
- Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

3.5.4.5. Установить, что в случаях лечения пациентов в стационарных условиях для применения КСЛП<sub>дет</sub> и КСЛП<sub>дет онко</sub> обязательно отражение в медицинской документации сведений, подтверждающих факт предоставления спального места и питания законному представителю несовершеннолетних, а также наличия медицинских показаний оказания медицинской помощи застрахованному

лицу (в случае предоставления спального места и питания законному представителю несовершеннолетних старше 4-х лет).

3.5.4.6. Установить, что КСЛП<sub>сопроводКС</sub> применяется при госпитализации по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.163-st19.181, КСЛП<sub>сопроводДС</sub> применяется при госпитализации по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.135-ds19.156.

Установить перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых применяется КСЛП<sub>сопроводКС</sub> и КСЛП<sub>сопроводДС</sub> в соответствии с приложением 3.3.3 к настоящему Соглашению.

Установить, что стоимость КСЛП<sub>сопроводКС</sub> и КСЛП<sub>сопроводДС</sub> определяется без учета коэффициента дифференциации.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.

3.5.4.7. Установить, что КСЛП<sub>тест</sub> не применяется при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 и st12.015-st12.019.

3.5.4.8. Установить что КСЛП<sub>реаб</sub> применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

3.5.5. Установить, что прерванные случаи лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара оплачиваются в следующих размерах:

1) в случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 80 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 90 процентов от стоимости КСГ.

Утвердить перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в соответствии с приложением 11.3 к настоящему Соглашению.

2) если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 20 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 50 процентов от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 7 и 9 части 2.2 настоящего Соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 1–6 и 8 части 2.2 настоящего Соглашения, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся

классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

3.5.6. Установить, что в стоимости КСГ по «Акушерству и гинекологии» учтены расходы на медицинскую помощь новорожденным в медицинской организации (отделении) акушерского профиля, где произошли роды.

3.5.7. Утвердить нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с приложением 3.2 к настоящему Соглашению.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП).

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

**3.6. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 4.1 к настоящему Соглашению:**

- перечень групп заболеваний, состояний (КСГ), при которых оказывается специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара;
- средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи;
- размер базовой ставки законченного случая лечения;
- значения коэффициента относительной затроемкости оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара ( $K_{ЗКСГ}$ ) по перечню групп заболеваний (КСГ);
- значения коэффициента дифференциации (КД) по территориям оказания медицинской помощи;
- значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара ( $K_{СКСГ}$ );
- долю заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ;
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в дневного стационара.

3.6.1. Установить, что модель финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основана на

объединении заболеваний в группы (КСГ) и построена на единых принципах независимо от условий оказания медицинской помощи.

3.6.1.1. Стоимость одного случая по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ} * ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} * КС_{КСГ} * КУС_{МО} * КД) + БС * КД * КСЛП,$$

где

Д<sub>ЗП</sub> - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, к которой применяется КД и ПК;

\* - КД не применяется для КСЛП<sub>сопроводДС</sub> (равно единице).

3.6.2. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД) в соответствии с таблицей 1 части 3.4.1 настоящего Соглашения.

3.6.3. Установить, что при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница» и ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по медицинской реабилитации в санаторно-курортных учреждениях, организациях, а также при проведении гемодиализа в медицинских организациях за счет средств обязательного медицинского страхования организуется обеспечение пациентов рациональным питанием.

3.6.4. Установить, что при проведении лекарственной терапии в условиях дневного стационара тарифы за 1 процедуру диализа применяются в размерах, установленных в соответствии с пунктом 3.4.5.3 настоящего Соглашения.

**3.7. В целях оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой с 01.01.2025 года, утвердить в соответствии с приложением 5.1 к настоящему Соглашению:**

- размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на год;
- размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключая влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи;
- значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования;
- значения коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования;
- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи на год.

3.7.1. Установить, что при оплате скорой медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД) в соответствии с таблицей 1 части 3.4.1 настоящего Соглашения.

3.7.2. Утвердить Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной станциями скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, в 2025 году в соответствии с приложением 5.2 к настоящему Соглашению.

3.7.3. Утвердить тарифы за 1 вызов скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению.

**3.8. В целях оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) утвердить в соответствии с приложением 6.1 к настоящему Соглашению:**

- размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования в расчете на год;
- значение базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;
- значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования;
- значения коэффициента дифференциации (КД) по территориям оказания медицинской помощи, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования;
- значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи;
- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям на год.

3.8.1. Установить, что при оказании медицинской помощи по подушевому нормативу по всем видам и условиям применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД) в соответствии с таблицей 1 пункта 3.4.1 настоящего Соглашения.

3.8.2. Утвердить порядок оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской

помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) в 2025 году, в соответствии с приложением 6.2 к настоящему Соглашению.

3.8.3. Утвердить Критерии и методику расчета выплат стимулирующего характера при достижении целевых значений показателей результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу, при реализации Территориальной программы ОМС в Камчатском крае в соответствии с приложением 10 к настоящему Соглашению.

#### **4. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

4.1. Установить, что при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной медицинскими организациями в Камчатском крае, применяются размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с «Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи», утвержденным приложением 9 к настоящему Соглашению.

4.2. При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи с последующим применением санкций к медицинской организации страховые медицинские организации и территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края руководствуются принципом однократного применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

При выявлении по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по одному законченному случаю оказания медицинской помощи нескольких нарушений/дефектов применение финансовых санкций возможно только по одному наиболее существенному коду дефекта, содержащему наибольший размер неоплаты/уменьшения оплаты.

Одновременное применение штрафа по другому коду дефекта в рамках рассмотрения того же законченного случая оказания медицинской помощи не допускается.

4.2.1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением 9 к настоящему Соглашению):

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи; РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

К<sub>но</sub> - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установленный в соответствии с Приложением 9 к настоящему Соглашению и действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

К<sub>но</sub> - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с приложением 9 к настоящему Соглашению.

4.2.2. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (С<sub>шт</sub>), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

РП – установленный настоящим Соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

К<sub>шт</sub> – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Коэффициент для определения размера штрафа ( $K_{\text{шт}}$ ) устанавливается в соответствии с Приложением 9 к настоящему Соглашению.

Учитывая, что коэффициент дифференциации (КД) не является единым на территории Камчатского края, при расчете РП применяется КД, установленный настоящим Соглашением для территории, на которой находится медицинская организация (структурное подразделение медицинской организации), в отношении которой (которого) применяются штрафные санкции. Параметр РП рассчитывается путем деления подушевого норматива, установленного частями 4.2.2.1–4.2.2.5 настоящего Соглашения на единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 в размере 3,638, и умножения на коэффициент дифференциации (КД), используемый при оплате медицинской помощи в соответствующей медицинской организации в соответствующих условиях.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы Камчатского края, при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан в Камчатском крае, при расчете РП используется единый коэффициент дифференциации для субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 в размере 3,638.

4.2.2.1. Установить размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (РПА), применяемый для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС, в сумме 32 115,73 рублей.

4.2.2.2. Установить размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, применяемый для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС (РПСМП), в сумме 4 529,12 рублей.

4.2.2.3. Установить размер подушевого норматива финансирования специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, применяемый для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС (РПСТАЦ), в сумме 34 732,46 рублей.

4.2.2.4. Установить размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяемый для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС (РПДН СТАЦ), в сумме 7 946,40 рублей.

4.2.2.5. Установить, что при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания при определении размера штрафа применяется значение вышеуказанных подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

4.3. Пункт 2.16.2 «Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу» Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) не применяется в случае отсутствия в первичной медицинской документации информации, подтверждающей факт оказания отдельных услуг в рамках законченного случая, стоимость которого формируется путем суммирования стоимости входящих в него услуг (обращение по заболеванию в стоматологии, диспансеризация определенных групп населения, профилактические медицинские осмотры взрослого населения, а также профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Минздравом России, и т.п.).

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в отношении законченного случая стоимость которого формируется путем суммирования стоимости входящих в него услуг (обращение по заболеванию в стоматологии) применение санкций к медицинской организации (за исключением санкций, предусмотренных пунктом 2.16.2 «Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу») допускается исходя из стоимости услуги, по которой выявлено нарушение, с учетом принципа однократного применения мер.

4.4. Пункт 1.10.5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в части включения в реестр счетов амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре применяется только в случае включения указанной медицинской помощи в реестр счетов одной медицинской организации. Финансовые санкции применяются в отношении случаев медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- при проведении медико-экономического контроля в случае включения указанной медицинской помощи в реестр счета за один отчетный период;
- при проведении медико-экономической экспертизы в случае включения указанной медицинской помощи в реестры счетов за разные отчетные периоды.

В случае включения в реестр счетов разных медицинских организаций амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре проводится медико-экономическая экспертиза, и при условии подтверждения факта оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях финансовые санкции применяются в отношении случаев медицинской помощи в стационарных условиях за нарушение условий оказания медицинской помощи.

При включении в реестр счетов комплексных посещений школы сахарного диабета в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре медицинских организаций ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского», ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница» пункт 1.10.5 перечня

оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) не применяется.

## **5. Заключительные положения**

5.1. Информационное взаимодействие участников и субъектов обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края реализуется в соответствии с форматами передачи сведений и протоколами взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, размещаемыми на официальном сайте Федерального фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Особенности формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с учетом положений настоящего Соглашения установлены «Правилами применения тарифов при формировании счетов реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае», принятыми Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае.

5.2. Установить, что действие настоящего Соглашения распространяется на правоотношения, возникающие при оплате медицинской помощи, оказанной с 01.01.2025 года по 31.12.2025 года включительно.

5.3. Установить, что с 01.01.2025 года Соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию № 1/2024 от 30.01.2024 года со всеми изменениями (за исключением приложения 9 к Соглашению № 1/2024) применяется только в части оплаты медицинской помощи, оказанной в 2024 году. Приложение 9 к Соглашению № 1/2024 применяется при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию до 31.01.2025 года включительно.

5.4. В Соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 2 и 3 настоящего Соглашения, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются;

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные Приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня

оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Правительством Камчатского края решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.5. Внесение изменений в настоящее Соглашение осуществляется путем заключения Дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

**Врио Министра здравоохранения  
Камчатского края,  
Председатель Комиссии**



О.С. Мельников

**Члены комиссии:**

Директор территориального  
фонда обязательного медицинского  
страхования Камчатского края



Н.Н. Александрович

Директор Камчатского филиала АО  
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»  
Полномочный представитель  
Всероссийского союза страховщиков по  
медицинскому страхованию  
Камчатском крае



А.А. Кильдау

Главный врач ГБУЗ КК «Петропавловск-  
Камчатская городская больница №1»,  
член Некоммерческого партнёрства  
«Камчатская медицинская ассоциация»

*Вайнес*

И.Н. Вайнес

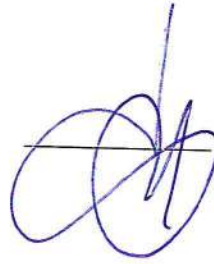
Первый заместитель Председателя  
Федерации профсоюзов Камчатки,  
председатель Камчатской краевой  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации



Л.И. Покришук

Главный врач ГБУЗ «Камчатская краевая  
больница  
Лукашевского»

им. А. С.



А.Г. Кисляков